

Washington

School for the Deaf



Admissions Office
Washington School for the Deaf
611 Grand Blvd / Vancouver, WA 98661
(360) 696-6525 (v/tty) / (800) 613-4228 / www.wsd.wa.gov

Tabla de contenido

Información del estudiante	1
Autorización de acceso a la Internet y uso del correo electrónico	2
Permiso para salir del recinto	3
Transporte y permiso de uso de medios de transporte	4
Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid	5
Consentimiento a entrevista con el DLR	6
Cupón de permiso escolar de la WSD.....	7
NACIONAL DEL DESAYUNO DEL ALMUERZO DE ESCUELA PROGRAM/SCHOOL.....	8-10

Información del estudiante

INFORMACIÓN EST	GRADO EN EL AÑO ESCOLAR 06-0	CONDADO DE RESIDENCIA	DISTRITO ESCOLAR	¿Está muerto uno de sus padres? (marque con un círculo)		
	SI SUS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS O SEPARADOS, ¿QUIÉN TIENE EL DERECHO DE CUSTODIA?			Si, la madre Sí, el padre		
En caso afirmativo, nombre de la persona fallecida y fecha de muerte:						
PADRE, MADRE O TUTOR	NOMBRE DEL PADRE, MADRE O T APELLIDO		NOMBRE INICIAL			
	Favor de marcar con un círculo: Padrastro Tutor Padre o madre de crianza Padre o madre sustitutivo Trabajador social					
	NOMBRE DEL PADRE, MADRE O T APELLIDO		NOMBRE INICIAL			
	Favor de marcar con un círculo: Padrastro Tutor Padre o madre de crianza Padre o madre sustitutivo Trabajador social					
	ATENCIÓN TUTOR(ES)					
	usted no es el padre o madre natural del menor, favor de anexas los documentos de tutoría legal con esta solicitud					
	NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR O DEL BUSCAPERSONAS DE LA MADRE TTY de voz			NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR O DEL BUSCAPERSONAS DEL PADRE TTY de voz		
	DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO O NÚMERO DEL BUSCAPERSONAS DE LA MADRE			DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO O NÚMERO DEL BUSCAPERSONAS DEL PADRE		
	EMPLEADOR DEL PADRE					
	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			NÚMERO DE TELÉFONO		
EMPLEADOR DE LA MADRE						
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			NÚMERO DE TELÉFONO			
OTRA INFORMACIÓN	PARIENTE O AMIGO CON EL CUAL HACER CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			RELACIÓN O PARENTESCO	TELÉFONO	
	PARIENTE O AMIGO CON EL CUAL HACER CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			RELACIÓN O PARENTESCO	TELÉFONO	
	¿CUÁL ES SU DIARIO LOCAL?					
	¿LE GUSTARÍA RECIBIR AVISOS ACERCA DE NOTICIAS Y EVENTOS EN LA WSD? EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICAR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO?					
	¿CUÁL ES SU LENGUA MATERNA? (dibuje un círculo donde corresponda) ASL INGLÉS ESPAÑOL VIETNAMITA OTRO					
	LA SIGUIENTE INFORMACIÓN OPCIONAL PARA DETERMINAR SU ETNIA O RAZA SERÁ UTILIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE WASHINGTON SÓLO CON PROPÓSITOS DE INFORMACIÓN. FAVOR DE MARCAR CON UN CÍRCULO LOS VALORES CORRESPONDIENTES.					
BLANCO ASIÁTICO INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA NEGRO HISPANO O LATINO						

Autorización de acceso a la Internet y uso del correo electrónico

La Washington School for the Deaf ofrece a sus estudiantes acceso al correo electrónico. Consideramos que el correo electrónico es una forma de motivar a los estudiantes a que practiquen sus habilidades de redacción y comunicaciones. Estimulamos también el contacto con sus familias, especialmente en el caso de los estudiantes internos. El correo electrónico está a cargo de un servicio externo de correo vigilado para estudiantes. El servicio se denomina gagle.net. La Washington School for the Deaf utilizó este sistema el año pasado y lo encontró satisfactorio.

La forma de funcionar del servicio consiste en que la cuenta es abierta por la escuela y es vigilada para excluir palabras y frases consideradas inapropiadas por la escuela. Al estudiante utilizar una de estas palabras o frases, el mensaje de e-mail irá a parar directamente al maestro supervisor. El maestro aplicará entonces las medidas de lugar. Aunque ningún sistema sea 100% efectivo, el informar a los estudiantes que su correo electrónico es vigilado y la actualización de esa vigilancia ayudará a establecer el mejor control posible.

Gaggle.net ofrece el servicio de correo electrónico a los estudiantes de la WSD. El costo del servicio es de \$4.50 por usuario, por todo un año escolar.

AUTORIZACIÓN PATERNAL AL ACCESO AL CORREO ELECTRÓNICO POR PARTE DE UN ESTUDIANTE

Entiendo que la Washington School for the Deaf está ofreciendo servicios de correo electrónico vigilado, por medio de gaggle.net. Gaggle.net ofrece elementos que permiten la vigilancia del correo electrónico de los estudiantes, a fin de asegurar el intercambio de un contenido apropiado.

Entiendo asimismo que, a pesar de los mejores esfuerzos que puedan desplegarse, ningún sistema es un 100% efectivo y que algún contenido objetable podría filtrarse.

Las consecuencias del uso inapropiado de los servicios de correo electrónico de gaggle.net y la Washington School for the Deaf, por los estudiantes, podría llevar a la suspensión temporal o permanente de dichos servicios de correo electrónico.

Acepto las consecuencias disciplinarias que la WSD pueda administrar y apoyo a la escuela en sus esfuerzos por ofrecer un servicio de correo electrónico seguro y apropiado a sus estudiantes.

He discutido el sistema de correo electrónico con mi hijo(a).

Queda entendido que el costo del servicio es \$4.50 por año escolar, el cual no es reembolsable.

Sí, entiendo los términos indicados y deseo que mi hijo(a) tenga acceso al correo electrónico.
Entiendo que el pago de la suma de \$4.50 deberá hacerse antes de la apertura de la cuenta.

No, no deseo que mi hijo(a) disfrute del servicio de correo electrónico en este momento.

AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INTERNET

SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES INTERNOS

Al firmar esta sección estará autorizando a la WSD a asignar a su hijo(a) una cuenta Internet y la correspondiente contraseña, para su uso personal fuera del horario escolar. La autorización de acceso a la Internet a los estudiantes internos les ofrecerá la oportunidad de completar las tareas escolares que requieran investigación en la Internet fuera de su horario escolar.

Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Nota: Todos los estudiantes tendrán acceso a la Internet, bajo supervisión de un maestro, cuando haya clases que requieran investigación por medio de la Internet.

Permiso para salir del recinto

Nombre del estudiante _____

El/la estudiante arriba señalado(a) tiene permiso para salir del recinto para excursiones y/o pasar la noche o los fines de semana con los siguientes amigos o amigos y/o parientes:

Amigo/pariente #1

Nombre _____ Relación o parentesco _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Amigo/pariente #2

Nombre _____ Relación o parentesco _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Amigo/pariente #3

Nombre _____ Relación o parentesco _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Para agregar nombres a esta lista: Entregaré al personal correspondiente de la WSD una declaración escrita dando permiso a mi hijo (a) para salir del recinto con otro adulto. Queda entendido que la WSD no podrá ser responsabilizada por mi hijo(a) mientras se encuentre fuera del recinto con el adulto acompañante.

VISITAS RESTRINGIDAS: (explicar)

Nombre _____ Relación o Parentesco _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

ANOTACIONES: Utilice papel adicional para detalles adicionales, de ser necesario. La WSD deberá tener en sus archivos las correspondientes órdenes restrictivas

Padre, madre o tutor (escriba con letra de molde)

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Este formulario podrá ser agregado o cancelado por escrito mediante mensaje escrito del padre, madre o tutor dirigido a la Dirección de la escuela.

Entendimiento y permiso de uso de

SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES INTERNOS

Nombre del estudiante (favor de escribir con letra de molde)

Ciudad destino del estudiante / Parada final de autobús

Los padres o tutores de los estudiantes internos transportados por la Washington School for the Deaf serán responsables de hacer arreglos para que el domingo un adulto espere a los estudiantes menores de 18 años hasta que los mismos hayan abordado sin problemas sus aviones o autobuses.

Debe quedar claro a los padres que sus hijos menores no podrán esperar solos en los aeropuertos o paradas de autobús. Los padres, madres o tutores serán responsables de esperar los aviones o autobuses en las puertas de salida o paradas designadas, según las horas programadas de llegada. Los padres o tutores podrán designar a otros adultos para que despidan o esperen a sus hijos al final de sus viajes.

Autorizo a las siguientes personas adultas a recoger a mi hijo(a), en caso de yo no poder hacerlo o en caso de no hallarme en la puerta o parada de llegada:

Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono
Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono
Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono
Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono

No permitiré a la(s) siguiente(s) persona(s) recoger a mi hijo(a):

Nombre(s)

Ningún menor de 18 años será dejado solo en la puerta o parada de llegada.

PARA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES, SE PEDIRÁ A LOS PADRES O TUTORES FIRMAR UN DESCARGO AL MOMENTO DE RECOGER A SUS HIJOS. FAVOR DE ACERCARSE AL SUPERVISOR DE TRANSPORTE O REPRESENTANTE DE LA LÍNEA AÉREA PARA FIRMAR EL RECIBO DE SU HIJO(A). ESTÉ PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN.

Entiendo que podré escoger una puerta de llegada o una parada de autobús. Queda entendido que la Washington School for the Deaf transportará a mi hijo(a) desde o hasta Vancouver, Washington sólo a las indicadas ciudades o paradas de autobús en las fechas de viaje de fines de semana. (Favor de consultar el calendario escolar para las fechas exactas de los viajes) Queda entendido que la WSD no alterará este destino sin la aprobación del/de la Secretario(a) de transporte o la Superintendencia. La WSD sólo transporta a los estudiantes en sus viajes en avión o autobús regularmente programados. En caso de que mi hijo(a) no vaya a viajar en el avión o autobús provisto por la WSD, deberé llenar un formulario de descargo y presentarlo al/a la Secretario(a) de transporte ANTES DEL MARTES A LAS 5:00 P.M. Queda entendido que tendré que hacer arreglos para el transporte de mi hijo(a), a mi propia costa. Entiendo también el hecho de que mi hijo(a) será transportado(a) únicamente hasta la ciudad o parada convenida.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE ENTENDIMIENTO Y PERMISO, admito haber leído, entendido y acordado su contenido y ser responsable de recoger puntualmente a mi hijo(a) en su ciudad o parada de destino.

En caso de que mi hijo(a) no sea recogido(a) dentro de los 15 minutos siguientes a su llegada, instruyo y autorizo a la WSD a llamar al 911 y entregar mi hijo(a) al CPS.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Número de teléfono residencial

Número de teléfono del trabajo

Número del teléfono celular

Número del buscapersonas / dirección de correo electrónico

Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid

PROPÓSITO

Este formulario solicita su consentimiento para la obtención de información de la Administración de asistencia médica del Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration), con el propósito de establecer la elegibilidad de su estudiante para recibir los beneficios de Medicaid. En caso de alguna pregunta relacionada con esta solicitud, podrá llamar al Director de educación especial de la WSD para que le explique el porqué se le está presentando esta solicitud.

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

Las leyes estatales requieren del distrito escolar someter reclamos por servicios de salud prestados a los estudiantes bajo programas de educación especial o referidos para seguir programas de educación especial. Estos servicios incluyen servicios de fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje, audiología, enfermería, asesoramiento y evaluación psicológica.

Con su permiso, presentaremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services (DSHS)) para verificar su elegibilidad para recibir los beneficios del programa de Medicaid. Dicha solicitud en ningún modo afectará negativamente los servicios propios del programa de educación personalizada (IEP) de su hijo(a).

_____ **Doy** mi consentimiento a que verifiquen ante el DSHS la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid

_____ **No doy** mi consentimiento para que verifiquen la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Nombre del padre, madre o tutor

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Consentimiento a entrevista con el DLR

Estimados padres o tutores:

La Washington School for the Deaf está colaborando con el Departamento de recursos licenciados (Department of Licensed Resources (DLR)), a fin de asegurarse de que todos los estudiantes estén a salvo mientras se encuentren en la WSD. A fin de recoger la información pertinente, el DLR entrevista regularmente a los estudiantes y a sus padres. Se hace uso de un intérprete certificado durante las entrevistas y los apellidos de los estudiantes y/o sus padres no serán revelados.

Esta es una gran oportunidad para que usted y sus hijos estudiantes puedan ayudar a la WSD. Su intervención será valiosa e importante. A continuación podrá ver preguntas modelo tanto para los padres como para los estudiantes.

Favor de firmar al pie de este formulario su consentimiento para que el DLR pueda entrevistarle a usted y/o a su hijo(a) y agradecerles su ayuda.

PREGUNTAS MODELO PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Resides en la escuela durante la semana o eres un estudiante diurno?
- ¿Desde cuándo has estado estudiando en la WSD?
- ¿Te gusta esta escuela?
- ¿Cuentas con algún maestro o miembro del personal con el que te sientes cómodo y en confianza para compartir cómo te sientes?
- ¿Te ayudó alguna vez esta persona a resolver o tratar algún problema o preocupación?
- ¿Te es fácil comunicarte con tus padres mientras estás en la escuela? ¿Existe algún reglamento que te prohíba llamar a tus padres?
- ¿Conoces las normas de seguridad de la escuela y los cottages o cabañas? ¿Cómo te enteraste de esas normas?
- ¿Qué sucede si alguien viola las normas de seguridad?
- ¿Cómo podrías escapar de la escuela o de los cottages, en caso de emergencia?
- ¿Existen simulacros de incendio en la escuela y los cottages?
- ¿Existen reglas para cuando los varones y las chicas se reúnen? ¿Cuáles son?
- ¿Alguna vez algún miembro del personal o estudiante te hizo sentir miedo o te amenazó física o verbalmente? En caso afirmativo, ¿reportaste el hecho al personal?
- ¿Te sientes seguro(a) aquí? ¿Crees que los demás estudiantes están seguros aquí?
- Estas fueron las preguntas que tenía para ti. ¿Tienes alguna pregunta que te gustaría hacerme o añadir a nuestra conversación?

SAMPLE DLR PARENT QUESTIONS

PREGUNTAS MODELO DEL DLR PARA LOS PADRES

- ¿Desde cuándo su hijo(a) ha residido en la Washington School for the Deaf? (internado)
- Describe los puntos fuertes o débiles de su hijo(a), así como sus necesidades especiales. ¿Cómo son satisfechas las necesidades especiales de su hijo(a)?:
- ¿Cuál es su impresión general sobre la calidad de atención que su hijo(a) está recibiendo en el internado?
- ¿Tiene usted alguna preocupación relacionada con la salud o la seguridad de su hijo(a) como interno(a) de la Washington School for the Deaf?
- ¿Considera usted que su hijo(a) y los otros estudiantes de la escuela reciben una supervisión adecuada en el internado de la Washington School for the Deaf? Si no, ¿qué le preocupa?
- ¿Le contó alguna vez su hijo(a) alguna preocupación o queja relacionada con el internado de la Washington School for the Deaf? Si es así, ¿cuáles fueron esos problemas?
- ¿Cuánta comunicación ha tenido con su hijo(a)? ¿Por teléfono? ¿Personalmente? ¿Por carta?
- ¿Piensa usted que la Washington School for the Deaf le mantiene debidamente informado(a) acerca del estado de su hijo(a)?
- ¿Qué opinión le merece la condición de la planta física (edificios) en la que vive su hijo(a)?
- En su opinión, ¿se disciplinan y supervisan debidamente los estudiantes internos?
- ¿Le preocupa algún aspecto del internado, con relación a la salud o seguridad?
- ¿Hay algo más que le gustaría decirme acerca del internado de la Washington School for the Deaf?

Doy mi autorización para que mi hijo(a), _____, sea entrevistado(a) por el Department of Licensed Resources.

Yo, infrascrito, _____, doy permiso al Department of License Resources para comunicarse conmigo con el propósito de entrevistarme con relación a la salud y seguridad del internado de la WSD.

Cupón de permiso escolar de la WSD

El personal escolar de la WSD programa excursiones para los estudiantes durante todo el año. Dicho personal acompaña a los estudiantes durante estas excursiones fuera del recinto escolar, en las que los estudiantes son supervisados según sus exigencias y circunstancias particulares. Los estudiantes y el personal de la escuela caminarán, pasearán, usarán medios de transporte público o vehículos del estado. Eventos y excursiones educativas serán programados para una serie de lugares cercanos. Estos lugares podrían incluir los siguientes:

Parques: Ape Caves,, Ft. Vancouver, Esther Short, Marshall Center,, Marshall Park, Water Resource Center,

Recursos educativos: Chestnut Lane, Assisted Living (Gresham, Oregon), City Cemetery, Columbian Newspaper, Downtown Vancouver , ESD 112 (organizan exposiciones de arte todos los años), Fort Vancouver,, Clark County Museum, Ft. Vancouver Library, Fort

Vancouver Historical Area (zona histórica de Ft Vancouver), Harney Elementary School, Oregon Children's Theater Productions (Keller Auditorium, Winningstad Theater, y/o Newmark Theater), Oregon Historical Society, Oregon Museum of Science and Industry (OMSI), Oregon School for the Deaf, Oregon Zoo, Portland Art Museum, Powell's Book Store (Portland), Recycling Center, World Forestry Center (Portland)

Restaurantes: Burgerville, Cold Stone's Creamery, Igloo

Diversiones en la comunidad: Bullwinkle's Amusement Park, Clackamas Water Park, Downtown Vancouver, Firstenberg Center, Fred Meyers, Golden Skate, Jim Parsley Recreation Center, J Jump, Kid's Club in Salmon Creek and Lloyd Center Skate/ Mall, Marshall Community Center (piscina), Mountain View Ice Arena, Oaks Park, Regal Cinemas, SWCDHH y Vancouver Mall.

Se enviarán recordatorios con los detalles del caso a los padres con relación a las próximas excursiones.

Su firma al pie de este documento servirá para dar a su hijo(a) el permiso de participar en los próximos eventos durante todo el año escolar
2008- 2009.

En caso de que NO desee que su hijo(a) participe en un determinado evento, favor de avisar a la Secretaría de la escuela, llamando al (360) 418 – 4341 o al (360) 696 6525 ext 4341.

Favor de firmar y devolver esta planilla para que su hijo(a) pueda participar en dichos eventos fuera de la escuela.

Nombre del/de la estudiante: _____

El dinero necesario para dichos eventos o excursiones:

[] será enviado desde la casa

[] deberá ser retirado de la cuenta del/de la estudiante

Firma del padre, madre, tutor o estudiante

Fecha

**WASHINGTON SCHOOL FOR THE DEAF SCHOOL YEAR 2010-2011
USO PARA LAS COMIDAS LIBRES Y DE REDUCED-PRICE
PROGRAMA NACIONAL DEL DESAYUNO DEL ALMUERZO DE ESCUELA PROGRAM/SCHOOL**

Para solicitar las comidas libres y del reducir-precio para sus niños, termine este uso, firme su nombre y vuelva el uso a la escuela. Si su casa recibe ventajas del alimento básico, de TANF, o de FDPIR, termine solamente las partes 1, 4, y 5. Si su casa no recibe ventajas del alimento básico, de TANF, o de FDPIR, termine las partes 2a, 2b, 4, y 5. Si usted está solicitando las comidas libres y del reducir-precio para un niño foster, termine las partes 3, 4, y 5. Ayuda llame por favor la escuela de su niño y pida ayuda con el uso libre y del reducir-precio de las comidas. Los niños Foster necesitan su propio uso.

PART 1 NIÑOS DE LA LISTA SOLAMENTE DE LAS CASAS DEL ALIMENTO, DE TANF, O DE FDPIR DEL BASIC

Child's Name FIRST	MI	LAST	Basic Food or TANF (X)	FDPIR (X)	Case Number	School	Room	Grade

PART 2a SI USTED NO TIENE ALIMENTO BÁSICO, TANF, O FDPIR, LOS NIÑOS DE LA LISTA AQUÍ

Child's Name FIRST	MI	LAST	School	Room	Grade	Date of Birth

PART 2b MIEMBROS Y RENTA DE LA CASA DE LA LISTA

No termine esta sección si usted terminó la parte 1. Enumere los nombres de CADA UNO que vive en su casa, incluyendo se y cualquier niño enumerados en la parte 2a. Escriba la cantidad de renta (ganancias ANTES DE QUE LAS DEDUCCIONES) que cada persona ahora consigue y cuantas veces en la misma línea que su nombre y de dónde viene, por ejemplo ganancias, bienestar, pensiones, u otra. La renta se debe divulgar como semanal, cada dos semanas, dos veces un mes, o mensual. No incluya a niños foster..

NOMBRES de los miembros de la casa (First, MI, Last)			Ganancias del trabajo (cantidad/cuántas veces de la lista. Ganancias antes de deducciones) Job 1 Job 2	Pago del bienestar, ayu- da de niño, alimentos (Cantidad/cuántas veces de la lista)	Pensiones, retiro, pagos de Seguridad Social (Cantidad/cuántas veces de la lista)	Other Income (Cantidad/cuántas veces de la lista)	Com- pruebe si NIN- GUNA renta
(example) Jane	I.	Smith	Enumere cuánto y cuantas veces: \$100/weekly \$100/every dos semanas \$100 dos veces un mes \$100/monthly				
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

PART 3: NIÑO FOSTER DE LA LISTA: ESCRIBA "0" SI EL NIÑO NO TIENE NINGÚN INGRESO PERSONAL

Child's Name	Renta personal del uso del niño: (List amount/How often)	School	Room	Grade

PART 4: FIRMA, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, Y DIRECCIÓN

Un miembro de la casa del adulto debe firmar el uso antes de que pueda ser aprobado. Si usted no tiene un número de Seguridad Social, compruebe "yo no tienen la caja de un número de Seguridad Social". Si usted enumeró un número básico del alimento, de TANF, o de FDPIR para su niño, o está solicitando un niño foster, un número de Seguridad Social no es necesario.

Certifico que toda la información antedicha está verdad y correcta y que toda la renta está divulgada. Entiendo que esta información se está dando para el recibo de fondos federales; los funcionarios de esa escuela pueden verificar la información sobre el uso; y esa mala representación deliberada de la información puede sujetarme al procesamiento bajo estado aplicable y leyes federales.

Please sign here: X _____		
Firma del miembro de la casa del adulto		Date
NOMBRE IMPRESO DEL MIEMBRO DE LA CASA DEL ADULTO	MAILING ADDRESS	HOME TELEPHONE NUMBER
SOCIAL SECURITY NUMBER	CITY AND ZIP CODE	WORK TELEPHONE NUMBER
<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguridad Social		

PART 5: NIÑOS' S RACIALES E IDENTIDADES ÉTNICAS (OPCIONALES)

Marque unas o más identidades raciales:

- Asian
- White
- Black, or African American

- American Indian or Alaska Native
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- Other

Marque una identidad étnica:

- Hispanic or Latino
- Not Hispanic or Latino

Declaración del acto de la aislamiento: Esto explica cómo utilizaremos la información que usted nos da. El Richard B. El acto nacional del almuerzo de escuela de Russell requiere la información sobre este uso. Usted no tiene que dar la información, pero si usted no lo hace, no podemos aprobar a su niño para las comidas libres o reducidas del precio. Usted debe incluir el número de Seguridad Social del miembro de la casa del adulto que firma el uso. El número de Seguridad Social no se requiere cuando usted se aplica a nombre de un niño foster o usted enumera un programa suplemental de la ayuda de la nutrición (alimento básico), ayuda temporal para las familias Needy (TANF) programa o programa de la distribución de los alimentos sobre número indio del caso de las reservaciones (FDIR) o el otro identificador de FDIR para su niño o cuando usted indica a miembro de la casa del adulto que firma el uso no tiene un número de Seguridad Social. Utilizaremos su información para determinamos si su niño es elegible para las comidas libres o reducidas del precio, y para la administración y la aplicación de los programas del almuerzo y del desayuno. PODEMOS compartir su información de la elegibilidad con programas de la educación, de la salud y de la nutrición para ayudarles a evaluar, a financiar o a determinar a las ventajas para sus programas, a los interventores para las revisiones de los programas, y a funcionarios de la aplicación de ley para ayudarles a mirar en violaciones de las reglas del programa.

USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12

LEA APPROVAL/DENIAL

Basic Food/TANF/FDPIR Household

Total Household Size _____

Income Household

Total Household Income \$ _____

Foster Child

Income Approved by: weekly every two weeks twice a month monthly annual
(circle one)

APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals
- Reduced-Price Meals

TEMPORARY APPROVAL FOR:

- Free Meals
- Reduced-Price

Date Temporary Approval Expires: _____

APPLICATION DENIED BECAUSE:

- Income Over Allowed Amount
- Incomplete/Missing Information
- Other: _____

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date

VERIFICATION: Verification procedures must not delay approval of application

Date Selected for Verification		Notes:	Comments:
Date Confirmation Review Completed			
First Notice Sent			
Response Due From Household			
Second Notice Sent			
Response Due From Household (also date of termination, if no response)			

**Washington School for the Deaf
2010-2011 School Year
Letter to Households**

Programa nacional del almuerzo de escuela/programa del desayuno de la escuela

Estimado padre o guarda:

Esta letra dice cómo sus niños pueden conseguir comidas libres y otras ventajas de la escuela tal como honorarios reducidos de la educación de la seguridad de tráfico (si está disponible) o seguro médico libre. El coste de comidas en la escuela es:

Grade Level	REGULAR		
	Breakfast	Lunch	Snack
Pre K	FREE	FREE	FREE
K-5	FREE	\$1.85	FREE
6-12	FREE	\$2.00	FREE

Todas las comidas resuelven pautas federales del alimento. Los estudiantes que se identifican como inhabilitar por su doctor pueden necesitar diversos alimentos. Estos alimentos sustitutos serán hechos disponibles en ningún recargo. Si su niño necesita esta ayuda, éntrenos en contacto con por favor. Mire la carta. Encuentre su tamaño de la casa. La CASA es: Todas las personas, incluyendo padres, los niños, los abuelos, y todos pueblan relacionado o sin relación quién vivo en sus costos vivos del hogar y de la parte. No incluya a niños foster. Encuentre su renta de casa total. LA RENTA DE CASA TOTAL ES: La renta cada miembro de la casa consiguió el mes pasado antes de impuestos. Esto incluye salarios, la Seguridad Social, la pensión, el desempleo, el bienestar, la ayuda de niño, alimentos, y cualquier otro ingreso en efectivo. En ciertos casos, los niños foster son elegibles para las comidas libres y del reducir-precio sin importar su renta. Si usted tiene niños foster el vivir con usted y desea solicitar ellos, éntrenos en contacto con por favor. La información que usted da será utilizada para determinar o para probar la elegibilidad de su niño para las comidas libres o del reducir-precio. Esta información se puede también utilizar para otro estado o ventajas relacionadas escuela federal financiadas.

INCOME CHART						¿EL WHO DEBE COMPLETAR UN USO?
Household Size	Annual	Monthly	2 x per Month	Every 2 Weeks	Weekly	<p>Si su renta de casa total es igual o inferior que la cantidad en la carta o usted recibe el alimento básico, participe en el programa de la distribución de los alimentos sobre las reservaciones indias (FDPIR), reciben la ayuda temporal para las familias Needy (TANF) para sus niños o están solicitando un niño foster, completan el uso. Vuelva el uso a la escuela. Le notificaremos si el uso es aprobado o negado.</p> <p>¿QUÉ DEBE ESTAR EN EL USO?</p> <p>Para las casas que no consiguen Food/TANF/FDPIR básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niño's nombre • Nombres de todos los miembros de la casa • Renta por la fuente para todos los miembros de la casa • Número de Seguridad Social del miembro de la casa del adulto que firma el uso, (o compruebe "yo no tienen la caja de un número de Seguridad Social" si la firma del adulto no tiene un número de Seguridad Social) • Firma del miembro de la casa del adulto <p>Para una familia que consigue el alimento básico /TANF/FDPIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • niño's nombre • Número básico de la caja del alimento, de TANF, o de FDPIR • Firma del miembro de la casa del adulto <p>Para un niño foster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niño's nombre • Renta personal del uso del niño • Firma del miembro de la casa del adulto
1	\$20,036	\$1,670	\$ 835	\$ 771	\$ 386	
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519	
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652	
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785	
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918	
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051	
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184	
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317	
For each Additional member add:	+6919	+577	+289	+267	+134	

OTHER BENEFITS

¿Está usted interesado en la recepción de la información sobre otras ventajas que su familia puede ser dada derecho a? Heche una ojeada por favor la sección de "otras ventajas" en la parte posterior del uso para las comidas libres y del reducir-precio.

El departamento de los servicios médicos sociales y (DSHS) descargará los nombres de todo el nacimiento de la edad de los niños a 20 en la oficina del superintendente de la base de datos pública del expediente del estudiante de la base de la instrucción (OSPI). La información incluirá el nombre del niño, el nombre pasado, la inicial media, y la fecha de nacimiento. Sobre recibo de esta información, OSPI emparejará nombres del estudiante contra el archivo de DSHS y después pondrá los datos del "fósforo" a disposición cada distrito vía el Internet. Los estudiantes calificarán automáticamente para las comidas libres si sus escuelas participan en el U. S. Ministerio de Agricultura los programas de la nutrición del niño (USDA). Las casas que no desean a su niño (ren) para participar en el programa libre de la comida deben notificar escuela de s al niño (ren) '

PROOF OF ELIGIBILITY

La información que usted proporciona se puede verificar en cualquier momento. Usted puede ser pedido enviar la información adicional para probar que su niño es elegible recibir libremente y las comidas del reducir-precio.

FAIR HEARING

Si usted no conviene con la decisión en el uso de su niño o el proceso usado para probar elegibilidad de la renta, usted puede hablar con la tirada Judy Smith, el funcionario justo de la audiencia. Usted tiene la derecha a una audiencia justa que pueda ser arreglada llamando la escuela/el distrito de la escuela en esta extensión 696-6525 0401 del número (360) 696-6525 ext 0401.

REAPPLICATION

Usted puede solicitar ventajas en cualquier momento durante el año escolar. Si usted tiene una disminución de la renta de casa, un aumento de tamaño de la casa, o haga parado, o reciba el alimento básico, TANF, o FDPIR, usted puede ser elegible para las ventajas y puede completar un uso en aquel momento.

NONDISCRIMINATION

Los E.E.U.U. El Ministerio de Agricultura (USDA) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en base de la raza, del color, del origen nacional, del género, de la edad, o de la inhabilidad. Para archivar una queja de la discriminación, escriba USDA, director, oficina de las derechas civiles, sitio 326-W, edificio de Whitten, 1400 interruptor de la avenida de la independencia, Washington, dc 20250-9410 o llame gratis 1-866-632-9992, (202) 720-5964 (voz y equipo telescriptor). El "USDA es abastecedor y patrón de la oportunidad igual."